FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 274

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 31 *août* 1853,

Par Émile-André BODEAU,

né à Niort (Deux-Sèvres),

Médecin militaire.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LA THORACENTÈSE,

DANS LE TRAITEMENT DES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES AIGUS.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1853

1853. — *Bodeau.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	.....
Physique médicale	GAVARRET, Président.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Pharmacie et chimie organique	WURTZ.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. REQUIN.
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU, Examinateur.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU, Président.
Clinique chirurgicale	ROUX. VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DEPAUL.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
FLEURY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN.
MM. GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY.
REGNAULD.
RICHET.
ROBIN, Examinateur.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU, Examinateur.
VIGLA.
VOILLEMIER.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

BIEN-AIMÉS.

A MON CHER ET BON FRÈRE.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

LA THORACENTÈSE,

DANS LE TRAITEMENT

DES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES AIGUS.

I. — Aperçu historique.
II. — Quelques mots sur les épanchements pleurétiques. — Observations.
III. — Examen des objections.
IV. — Indications et opportunité de la thoracentèse. — Procédé opératoire.

I.

L'idée de donner issue par une opération chirurgicale aux liquides épanchés dans la cavité des plèvres remonte à une très-haute antiquité, mais de tout temps aussi cette opération a été l'objet des controverses les plus longues et les plus passionnées. Il suffit, pour avoir une idée de ces dissidences, de jeter les yeux sur le résumé suivant des opinions qui ont successivement eu cours dans la science depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

« Hippocrate recommande de pratiquer la thoracentèse le plus

promptement possible dans le cas d'empyème; Celse et Galien répètent les paroles du maître. Cœlius Aurelianus proscrit l'opération; Archigène, Aetius, Alexandre de Tralles, Paul d'Égine, ne la mentionnent même pas. Parmi les Arabes, Sérapion et Rhazès la vantent; Ali-Abbas et Avenzoar, au contraire, la rejettent. Après eux, il faut arriver jusqu'à Ambroise Paré pour voir la thoracentèse de nouveau mentionnée.

« Alors commence pour elle une phase brillante ; elle est pratiquée avec succès par un grand nombre de médecins, dont nous citerons ceux-là seulement que recommandent leurs noms ou leurs travaux sur la matière : Fabrice d'Aquapendente, Jérôme Golu, Zac. Lusitanus, M.-A. Séverin, Nic. Gaudin, J. de Vigo, Covillard, Treubler, Nic. Robin, Birch, Bontius, Laz. Rivière, Riedlin, Preuss, Zarini, Hutter, Paul Barbette, Wrede, Freke, Bianchi, Roméro, etc.

« Cette époque de faveur dure pendant le 17e siècle et la moitié du 18e. La thoracentèse tombe de nouveau en discrédit, du moins parmi les médecins, qui la rejettent presque tous comme dangereuse, tandis que les chirurgiens, Heister excepté, vantent son innocuité et la pratiquent fréquemment avec succès.

« En se rapprochant de notre époque, on trouve les mêmes dissidences, même entre les médecins : ainsi Corvisart déclare que la thoracentèse accélère presque toujours la mort, tandis que Laennec, dont l'opinion est d'un si grand poids quand il s'agit d'affections de l'appareil respiratoire, professe qu'elle est sans inconvénient. Jérôme Golu avait été bien plus loin que Laennec, pusqu'on lit dans cet auteur : « Ergo in thoracis quam in abdominis hydrope, paracentesis « tutior. »

« De nos jours, le débat se ranime : Larrey, Boyer, Lisfranc, Chelius, Blandin, MM. Velpeau, Cruveilhier, Bricheteau, Sédillot, Fleury, Trousseau, lui sont plus ou moins favorables; Dupuytren, MM. Louis, Rochoux, Roux, Chomel, la combattent au contraire. » (Boudin, *Études sur la thoracentèse.*)

Il n y a pas scission seulement entre les partisans et les adversaires

de la thoracentèse; la dissidence existe encore entre ceux-là même qui ne la rejettent pas complétement de la thérapeutique, et tandis que les uns conseillent l'opération dans la pleurésie aiguë, d'autres la réservent à la pleurésie chronique, et d'autres enfin à cette forme de pleurésie latente à laquelle on donne le nom d'*hydrothorax aigu*.

Quelle est donc la cause de cette divergence d'opinions, qui toutes comptent parmi leurs partisans les autorités scientifiques les plus imposantes? Avant l'admirable découverte de Laennec, alors que le diagnostic des maladies de l'appareil respiratoire était souvent entouré d'obscurité, on comprend que, dans un grand nombre de cas, les médecins, n'étant pas positivement convaincus de la présence d'une collection liquide dans la cavité des plèvres, aient reculé devant une opération qui, non-seulement pouvait être sans résultat, mais encore leur paraissait hérissée de dangers. Aussi la ponction était-elle réservée aux cas extrêmes, lorsque l'épanchement, rendu manifeste par son abondance et les désordres qu'il apportait dans l'accomplissement des principales fonctions de la vie organique, menaçait immédiatement les jours du malade. Pratiquée alors très-souvent dans les circonstances les plus défavorables, la thoracentèse n'avait presque jamais de bons résultats, et ces insuccès, joints à l'incertitude du diagnostic, éloignaient de plus en plus les praticiens de son exécution.

Mais, depuis que la plessimétrie et l'auscultation nous fournissent des moyens qui ne permettent plus de méconnaître la présence d'un épanchement pleural, ce n'est plus à la crainte d'une erreur de diagnostic et d'une opération faite inutilement qu'il faut attribuer l'hésitation des médecins devant la thoracentèse, et il faut chercher ailleurs les causes de leurs incertitudes à son égard. L'ignorance complète des indications qui en réclament l'emploi en est, je crois, la principale. Avant ces dernières années, en effet, aucun des praticiens qui employèrent la thoracentèse ne chercha tout d'abord, par une scrupuleuse analyse des faits antérieurs, quelle pouvait être la

cause des succès ou des revers de ses devanciers; aucun ne chercha à établir si cette opération convient également bien à toute espèce d'épanchement, ou si elle ne doit être employée que dans certains cas à l'exclusion des autres, si enfin le moment choisi pour la pratiquer et le procédé opératoire employé sont sans influence sur son résultat.

Morand avait mis sur la voie en 1751 : « Je suis convaincu, dit-il à propos de l'empyème, qu'il meurt quantité de gens dont un grand nombre auraient été soulagés et plusieurs guéris par ce secours employé à propos. » Mais ces paroles ne furent pas entendues, ou furent promptement oubliées.

En 1836, M. Raymond Faure, médecin à l'hôpital militaire de Strasbourg, reproduisit, dans un mémoire adressé à l'Académie de médecine, l'idée de Morand, et insista sur l'opportunité de l'opération : « Toutes les fois, dit-il, qu'un épanchement pleurétique a été reconnu, si tous les moyens propres à obtenir la résolution échouent, il ne faut plus tarder autant qu'on l'a fait jusqu'à présent pour pratiquer la ponction de la poitrine. » Malheureusement, les faits qu'il fournissait à l'appui de son opinion étaient loin de lui être favorables, car il n'obtint que dans un seul cas un succès complet; dans un second, le résultat ne fut qu'à moitié satisfaisant; dans six autres, il échoua complétement, et les malades succombèrent. Il est vrai que, comme on le verra plus loin, le choix de ces malades n'était pas heureux, car l'état déplorable dans lequel les avaient jetés de graves maladies, dont l'épanchement pleurétique n'était qu'une complication, ne permettait guère d'attendre de l'opération autre chose qu'un soulagement momentané. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas le moindre mérite du mémoire de M. Faure que d'avoir rappelé l'attention du monde médical sur une question si obscure et si controversée. Depuis lors, en effet, les efforts d'un grand nombre de praticiens ont tendu à jeter sur elle un nouveau jour, et l'on doit, à cet égard, une mention toute particulière à M. le professeur Trousseau, qui, le premier, détermina par l'observation à quelles formes

d'épanchements il convient plus spécialement d'appliquer la thoracentèse, et la recommanda plus spécialement dans les épanchements aigus et de nature séreuse. Depuis les communications faites par lui, à la Société médicale des hôpitaux, de ses tentatives et de ses succès, un grand nombre de médecins sont entrés dans la voie qu'il avait tracée, et les résultats de leur pratique démontrent aujourd'hui toute la justesse de ces paroles de M. Sédillot, en 1841 : « L'empyème est une opération mal connue, mal faite et mal appréciée... Mieux comprise et mieux appliquée, elle offrirait à l'art les plus heureuses ressources, déterminerait toujours du soulagement, et souvent des guérisons inespérées. »

J'ai été témoin (et c'est là ce qui m'a fait entreprendre ce travail), en 1851, à l'hôpital militaire du Roule, dans le service de M. le Dr Boudin, de cinq cas d'épanchements pleurétiques aigus, traités par la thoracentèse, et tous suivis d'une rapide et parfaite guérison. J'en recueillis avec soin les observations; je les reproduirai plus loin, et j'y joindrai quelques faits analogues puisés à diverses sources, et de nature à prouver, je crois :

1° Que la thoracentèse, pratiquée avec certaines précautions, loin d'être une opération grave et dangereuse par elle-même, comme on l'a cru longtemps, est d'une parfaite innocuité ;

2° Qu'elle guérit souvent seule, soulage toujours, et est un auxiliaire puissant du traitement médical.

II.

Les épanchements pleurétiques reconnaissent pour principales causes l'inflammation, la tuberculisation et le cancer des plèvres. Je ne m'occuperai, dans ce travail, que des épanchements liés à une inflammation aiguë de cette membrane séreuse, et à cette forme *latente* de pleurésie dégagée de symptômes inflammatoires, à laquelle on a donné le nom d'*hydrothorax aigu*. Sans faire l'histoire de la

pleurite, je crois utile de rappeler en quelques mots les effets produits par le liquide épanché dans la cavité pleurale sur les organes voisins, sur leurs fonctions, et sur tout l'organisme.

Chez un malade atteint de pleurésie aiguë, deux ordres de signes se présentent à l'observation :

1° Des *signes physiologiques* : douleur de côté, toux et phénomènes de réaction générale, manifestation de la phlegmasie de la plèvre;

2° Des *signes physiques* : voussure du thorax, matité et phénomènes stéthoscopiques, manifestation de la présence d'une collection de liquide dans la cavité pleurale.

Quoiqu'ils soient les effets d'une seule et même cause, l'irritation de la plèvre, ces deux ordres de phénomènes sont bien distincts l'un de l'autre et dans leur évolution et dans leur intensité respective : ainsi, l'on voit tous les jours l'épanchement être encore considérable lorsqu'il n'y a déjà plus de symptômes inflammatoires depuis longtemps. Tout le monde sait aussi qu'une vive irritation, une fièvre intense, ne sont pas toujours l'indice d'un épanchement abondant ; en un mot, que les symptômes réactionnels ne sont pas toujours en rapport par leur intensité avec la quantité de liquide épanché. Ces deux éléments morbides, l'inflammation et l'épanchement, sont loin aussi d'avoir une égale influence sur l'organisme et sur la terminaison de la maladie. Presque toujours on parvient en peu de temps à enrayer les accidents inflammatoires, mais il n'est pas aussi facile d'obtenir une prompte résorption de l'épanchement. Or, laissant de côté les altérations de tissu qui peuvent envahir la membrane séreuse, que l'on réfléchisse aux changements que peut déterminer une vaste collection de liquide dans les rapports des parties constituantes des parois thoraciques et des viscères que contient cette cavité : l'agrandissement de la poitrine produit par l'abaissement du diaphragme, qui refoule en bas les viscères abdominaux, et par l'écartement des arcs costaux ; la compression du poumon, refoulé dans les gouttières vertébrales, au

delà des limites de son élasticité, au point que son volume pourra être réduit à celui d'une main d'enfant; le refoulement du médiastin et du cœur, et la compression médiate du poumon du côté opposé. Les conséquences de ces altérations sont faciles à prévoir : d'abord diminution de l'exercice de la respiration, et diminution de l'étendue de l'hématose, accidents qui, portés à un haut degré, peuvent, sinon faire périr promptement le malade par asphyxie mécanique, du moins déterminer dans l'économie des accidents cachectiques, qui, affaiblissant graduellement l'organisme, mettent sa vie en danger à une époque plus ou moins rapprochée.

Heureusement, hâtons-nous de le dire, la pleurésie aiguë simple est rarement suivie d'un résultat aussi funeste; mais faut-il pour cela aller jusqu'à dire, avec M. Louis, qu'elle n'est jamais mortelle ? Non, car c'est là une proposition contredite par les faits. Ainsi M. Chomel cite, dans sa Clinique, deux cas de pleurésie aiguë suivis de mort. Dans une des séances de la Société médicale des hôpitaux, M. Trousseau a fait connaître quatre cas d'épanchements pleurétiques aigus avec terminaison fatale. Deux fois MM. Rostan et Requin n'ont pas été plus heureux, et il y a sans doute bien peu de praticiens qui, interrogeant leurs souvenirs, n'y trouvent quelque fait de même nature. Tout récemment encore (9 avril 1853) la *Gazette des hôpitaux* publiait, à côté d'un cas de pleurésie aiguë avec épanchement considérable, et guéri par la thoracentèse, l'observation d'un cas analogue observé au même moment et par le même médecin, cas dans lequel l'opération ne fut pas tentée, et qui se termina par la mort (hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Bouchet).

Enfin, je reproduirai ici deux cas de pleurésie aiguë mortelle, non pas tant pour apporter de nouvelles preuves que cette affection peut quelquefois avoir une terminaison funeste, que pour montrer par l'autopsie qu'il n'y a rien d'exagéré dans le tableau que j'ai tracé plus haut des accidents et des altérations déterminés par la présence, même peu prolongée, d'un épanchement dans les plèvres. La première a été insérée par M. le Dr Serrier dans la *Gaz. des hôp.* ; il s'agit

d'un malade traité au Val-de-Grâce, dans le service de M. Alquié, en 1844; la seconde appartient à M. Laveran, médecin au même hôpital. Je prends ces deux observations dans la clinique des hôpitaux militaires parce que la majeure partie des observations de thoracentèse que je citerai plus tard ont pour sujet de jeunes soldats, comme les malades de MM. Alquié et Laveran, et que la similitude d'âge, de genre de vie, établit entre les faits des analogies qui en rendent la comparaison plus rationnelle.

Observation I. — *Pleurite aiguë avec épanchement; mort.*

P... entre au Val-de-Grâce le 1er décembre 1844. A trois heures du soir, il est en proie à une fièvre violente; la face est injectée; beaucoup de dyspnée sans douleur de côté. Il dit avoir éprouvé, un mois auparavant, une douleur assez intense à la partie inférieure et latérale gauche du thorax; que cette douleur n'avait conservé d'acuité que pendant deux jours, et que, depuis ce temps, elle avait disparu, ne laissant après elle qu'une gêne légère pendant les grands mouvements du thorax. L'auscultation fait entendre du râle sibilant; la percussion donne du son mat en avant, des deux côtés et en arrière, à gauche. — Une saignée est pratiquée.

Le 2. Dyspnée plus intense; pouls fort et fréquent, à 108; peau très-chaude, face injectée, langue sèche, soif vive; urines bourbeuses et sédimenteuses; persistance de la matité, surtout du côté gauche, où le murmure respiratoire ne se fait plus entendre. — Une saignée, sang couenneux.

Le 3. Persistance des mêmes phénomènes généraux; absence complète du bruit respiratoire en arrière, à gauche; respiration puérile à droite; pas d'égophonie. Déplacement du cœur; augmentation de 1 centimètre et demi dans la voussure de la cavité gauche. — Saignée.

Le 4. Teinte violacée des lèvres; coloration des pommettes; fréquence extrême du pouls; dyspnée intense. — Large vésicatoire.

Le 5. Aggravation. — Deux nouvelles saignées.

Le 6. Léger souffle tubaire au côté gauche, au sommet; râle sous-crépitant fin, mêlé de quelques bulles de râle muqueux à la partie postérieure et inférieure du poumon droit.

Le 7. Rien de nouveau.

Mort le 9.

Nécropsie. La cavité thoracique était entièrement pleine d'un liquide séreux, citrin, qui, par sa masse, avait rejeté le cœur à droite. La consistance du liquide épanché était plus grande vers l'angle costo-diaphragmatique, où il formait une masse de consistance gélatineuse, que dans tous les autres points de la cavité thoracique gauche. Il existait entre la clavicule et le diaphragme quatre productions pseudo-membraneuses, de récente formation, transversalement dirigées de la colonne vertébrale vers la plèvre costale, et divisant, pour ainsi dire, la cavité pleurale en cinq petits compartiments très-nettement séparés les uns des autres. Le poumon, de ce côté, était complétement refoulé vers la colonne vertébrale, et son tissu serré, comprimé, et pour ainsi dire *feutré*, présentait, au centre de l'organe, une assez grande quantité de cellules perméables à l'air. Quelques fragments de ce poumon, placés à la surface de l'eau, plongeaient au fond du liquide, tandis que d'autres surnageaient. La plèvre costale gauche était manifestement enflammée; elle offrait une coloration rosée et un épaississement considérable. Du côté droit, le poumon était légèrement engoué; le péricarde contenait une petite quantité de sérosité jaunâtre.

IIe Observation. — *Pleurite aiguë gauche; thoracentèse proposée et rejetée. Mort.*

Roche, fusilier au 13e de ligne, entre au Val-de-Grâce le 13 février 1844. Constitution forte. — Une saignée est pratiquée dans la journée.

Le 14. Respiration haute, 48 inspirations; pouls dur, a 120;

douleur vive au côté gauche; son mat dans la moitié inférieure; égophonie, toux sèche. — Saignée, 25 sangsues.

Le 15. Exacerbation. — Même médication.

Le 16. Un peu de calme, néanmoins le son mat est étendu à tout le côté gauche; le bruit vésiculaire est remplacé par le souffle tubaire; pouls petit, irrégulier. — Vésicatoire; potion stibiée, 0,4.

Le 17 et le 18. Même état.

Le 20. Exacerbation fébrile le soir; dyspnée très-marquée.

Le 21. Même état; matité absolue dans tout le côté gauche; battements du cœur profonds; circonférence du thorax augmentée; les accidents persistent.

Le 26. Amélioration légère. — Potion stibiée, 0,4.

Le 29. Les accidents se réveillent; pouls à 112; bruit de souffle au premier temps à l'orifice supérieur. — Saignée.

Le 9 mars. Nouvelle saignée.

Le 10. L'épanchement occupe tout le côté gauche; la poitrine s'est étendue et agrandie malgré l'amaigrissement. A dater de ce jour, les accidents s'aggravent. Décubitus latéral gauche, insomnie, fièvre nocturne; ascite, œdème successif du thorax, du côté de la face correspondant à l'épanchement, et des membres; refoulement du cœur à droite; anxiété.

Le 28, M. Laveran propose la thoracentèse, qui est rejetée après une consultation. L'infiltration séreuse fait des progrès, et Roche succombe presque subitement le 3 avril.

Nécropsie. Poitrine, dos, cou, face, infiltrés de sérosité. Cette infitration s'étend aux membres supérieurs et inférieurs. Le thorax renferme une énorme quantité de pus d'une odeur fétide; il est contenu dans la plèvre gauche, et il est tellement abondant qu'il ruisselle de tous côtés, et qu'il remplirait plusieurs litres. Il est emprisonné dans de fausses membranes peu consistantes; il paraît assez bien élaboré, sa couleur est jaunâtre. Il contient un plein verre de fausses membranes molles et caséeuses qui ont gagné le fond. La plèvre costale est épaissie, dense et fibrineuse; elle est entièrement détruite dans une multitude de points, et laisse à nu

les côtes qui sont parfaitement saines. La plèvre pulmonaire est recouverte de fausses membranes peu épaisses, qui se détachent facilement. Le poumon gauche est refoulé par l'épanchement contre le médiastin ; il est aplati, et présente tout au plus 1 pouce d'épaisseur ; il est d'une couleur brune à peu près uniforme, très-résistant, très-dense, et plus pesant que l'eau. La plèvre droite renferme 1 litre à peu près de sérosité roussâtre ; le poumon de ce côté est sain. Le péricarde contient aussi une petite quantité de liquide trouble et purulent ; il est recouvert de fausses membranes, est épaissi et plus consistant. Dans l'intérieur des ventricules, on trouve une grande quantité de sang noir et liquide.

Dans ces deux cas, l'épanchement n'a-t-il pas eu la plus grande part dans la fatale terminaison de la maladie ? N'est-il pas à regretter que la thoracentèse n'ait pas été tentée, et ne doit-on pas se demander si cette opération est assez incertaine dans ses résultats, ou assez dangereuse par elle-même, pour ne point oser la pratiquer dans des circonstances semblables ? En un mot, en face d'un malade qui, d'un moment à l'autre, peut périr suffoqué, l'opération est-elle plus grave que la maladie, voilà à quoi se réduit la question : c'est aux faits à y répondre.

Les deux observations précédentes établissent suffisamment que la pleurésie aiguë primitive peut être mortelle ; les cas suivants démontrent que la thoracentèse, pratiquée dans des circonstances analogues, a été suivie de succès. J'ai recueilli moi-même les cinq premières observations dans le service de M. Boudin, médecin en chef de l'hôpital du Roule, et j'ai emprunté les autres à divers auteurs.

IIIe Observation. — *Pleurite gauche avec épanchement ; thoracentèse. Guérison.*

Beauchaine, fusilier au 14e de ligne, âgé de vingt-quatre ans, tempérament lymphatique-sanguin, entre à l'hôpital du Roule le

9 mai 1851. Il n'a jamais eu antérieurement d'affection de poitrine, et se plaint d'un point de côté qui a débuté, il y a six jours, à la suite d'un refroidissement subit. Dyspnée, toux accompagnée de crachats visqueux, striés de sang; pouls dur et fréquent, à 110; point pleurétique à gauche, matité au tiers inférieur du même côté avec absence d'expansion vésiculaire et râle crépitant. — Diète, eau gom., saignée; pot. stib., 0,5; op., 0,05.

Le 10. Pouls moins dur; respiration un peu plus facile; crachats rouillés; souffle tubaire. — D. pot. stib. op.; 2 pil. op. à 0,05; 4 vent. scar.

Le 11. On n'entend plus de râle crépitant; souffle tubaire et égophonie; matité absolue dans la moitié inférieure du côté gauche; crachats rares et muqueux. — Même prescription; un vésicatoire.

Le 12. Même état. — Sulf. de magnésie, 10 gr.; nit., 1 gr.; pil. op., 0,05.

Le 13. Matité absolue dans tout le côté gauche, jusqu'à la hauteur de l'épine de l'omoplate. — Même prescription.

Le 14. Même état; dyspnée très-intense; pouls petit, à 72.

Le 15. La mensuration de la poitrine, à 2 centimètres au-dessous du sein, donne une augmentation de 1 centimètre et demi pour le côté gauche; le cœur est déjeté à droite; la respiration devenant de plus en plus pénible et anxieuse, M. Boudin pratique la thoracentèse; elle donne issue à 1,750 grammes de sérosité limpide, citrine, sans flocons albumineux; un soulagement immédiat accompagne la sortie du liquide; deux quintes de toux, de courte durée, surviennent à la fin de l'opération, causées par les mouvements imprimés au malade pour faciliter l'évacuation complète du liquide.

Le 16. La nuit a été bonne, le sommeil calme; la douleur de côté a disparu; à part un peu plus de fréquence dans le pouls, l'état général est aussi satisfaisant que possible; la respiration s'entend dans tout le côté gauche de la poitrine, accompagnée de bruit de frotte-

ment pleurétique. — Quelques aliments légers et du vin sont accordés au malade, sur sa demande.

Les 17, 18 et 19. La respiration devient de plus en plus pure; le bruit de frottement diminue, et finit par disparaître complétement; la matité persiste seulement dans une étendue de 2 ou 3 centimètres en bas et en arrière; état général bon; le malade se promène dans la salle depuis le lendemain de l'opération, et mange le quart de portion.

Aucun accident ne vient, les jours suivants, troubler la marche favorable de la convalescence; le 30 mai, la respiration est aussi pure à gauche qu'à droite; le malade a recouvré ses forces, et sort, le 9 juillet, complétement guéri.

IVe Observation. — *Épanchement pleurétique du côté droit; thoracentèse. Guérison.*

Berger, fusilier au 37e de ligne, vingt-trois ans, constitution moyenne, tempérament lymphatique-sanguin, entre à l'hôpital du Roule le 20 mai 1851. Il n'a jamais eu de maladie antérieure, et se plaint de dyspnée datant de huit jours, d'une toux très-fatigante, accompagnée de crachats rares et muqueux. Il n'y a ni chaleur ni sécheresse à la peau; le pouls est souple, à 90; la percussion et l'auscultation font reconnaître, au côté droit de la poitrine, un épanchement qui monte en avant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du sein, en arrière jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. — Deux larges vésicatoires volants sont successivement appliqués sur le côté.

Le 26 mai. L'épanchement n'a pas diminué; la respiration est toujours anxieuse; le pouls est petit, à 75; la thoracentèse est pratiquée, et donne issue à 1 litre et demi de sérosité limpide; le pouls est tombé à 70 après l'opération qui ne détermine aucun accident.

Le 27. La nuit a été calme; l'expansion vésiculaire est obscure,

profonde, un peu masquée par un bruit de frottement pleurétique, le malade est alimenté comme dans le cas précédent.

Le 28. Respiration plus nette à la partie moyenne; submatité à la base; état général satisfaisant.

Le 30. La matité s'étend un peu plus haut; la respiration devient plus obscure dans ce point; à cet état, qui persiste pendant quelques jours, et que l'on combat par l'usage de boissons diaphorétiques, succède un travail de résorption lente.

Le 10 juin. La respiration s'exécute bien dans tout le côté droit; les forces reviennent rapidement. Aucune douleur ne s'est manifestée dans le côté depuis l'opération, et B... sort guéri le 9 juillet.

Ve Observation. — *Pleurite droite avec épanchement; thoracentèse. Guérison.*

Legac, cavalier au 2e escadron des guides, vingt-sept ans, constitution forte, entre à l'hôpital du Roule le 25 septembre 1851, atteint de pleurésie droite avec épanchement, datant de quinze jours. Voici les principaux symptômes qu'il présente à la visite du 26. Décubitus latéral droit, point pleurétique du même côté, dyspnée, toux sèche, matité absolue dans toute la partie postérieure droite de la poitrine, en avant jusqu'au niveau de la quatrième côte. L'auscultation ne fait percevoir le bruit respiratoire qu'à la partie supérieure et antérieure du poumon, où il est accompagné de bruit de souffle; égophonie au sommet en arrière. Pouls serré et fréquent. Les moyens ordinaires, employés pendant cinq jours, n'amènent qu'une légère rémission dans l'état général; quant aux phénomènes symptomatiques de l'épanchement, ils persistent avec la même intensité.

Le 2 octobre, M. Boudin pratique la thoracentèse et retire de la poitrine 1,850 grammes de sérosité claire et limpide; le soulagement est immédiat.

Le 3, le bruit respiratoire est très-faible à droite et obscurci par le frottement pleurétique; il est exagéré à gauche. Du reste, le malade se trouve mieux, la dyspnée a disparu, l'appétit revient.

Les jours suivants, le poumon droit reprend, mais avec lenteur, ses fonctions.

Le 6. Mouvement fébrile assez intense, survenu par suite de l'imprudence du malade qui s'est exposé au froid; pouls fréquent et développé; crachats visqueux, râle sibilant à la partie moyenne postérieure du poumon droit et à la partie antérieure et supérieure du poumon gauche. Dans la nuit, une transpiration abondante, heureusement survenue, soulage le malade et fait cesser la fièvre.

Le 8. Le bruit respiratoire se fait entendre dans les trois quarts supérieurs du poumon droit, mais encore faible; égophonie à la réunion du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs de ce côté; matité dans le quart inférieur.

Le 9. La quantité du liquide épanché a augmenté, l'égophonie s'entend au niveau du tiers inférieur du poumon; malgré cette rechute, les forces reviennent, l'état général est satisfaisant.

A partir du 10, l'épanchement se résorbe peu à peu sous l'influence des moyens hygiéniques et thérapeutiques. (Chemise de flanelle, boissons diaphorétiques et diurétiques : teinture de digitale et nitrate de potasse.) Le poumon revient graduellement à son volume normal, et le 18, il ne reste plus d'autre trace de l'épanchement qu'une sensation de tiraillement éprouvée par le malade, surtout dans les grandes inspirations, sensation due sans doute à la présence de quelques brides pseudo-membraneuses. Du reste, la respiration s'effectue bien, l'appétit et les forces se maintiennent, et on aide, par une bonne alimentation et l'usage des toniques, le rétablissement complet du malade qui sort le 28 octobre pour reprendre son service.

VIe OBSERVATION. — *Bronchite; pleurite avec épanchement à gauche; thoracentèse. Guérison.*

Danais, soldat au 18e léger, entre à l'hôpital du Roule le 5 octobre 1851; il est atteint de bronchite et de pleurésie gauche avec épanchement. A la visite du 6, il présente l'état suivant : dyspnée assez intense, toux accompagnée de crachats muqueux abondants, pouls dur et fréquent; souffle tubaire à la partie supérieure des deux poumons, râle sibilant à la partie moyenne du poumon droit; matité et absence de bruit respiratoire dans les deux tiers inférieurs de la partie postérieure du poumon gauche, égophonie au tiers supérieur du même côté; cœur déjeté à droite. (Diète, saignée, pot. stib., 0,5; op.)

Cette médication, continuée pendant quelque jours, triomphe de la bronchite, mais l'épanchement reste stationnaire et rend la respiration toujours difficile. La thoracentèse, pratiquée le 17, donne issue à près de 2 litres de sérosité jaunâtre; cette évacuation est accompagnée d'un peu de toux qui cesse au bout de quelques instants. Aucun accident ne survient pendant le cours de la convalescence qui est franche; le malade est largement alimenté, les forces reviennent progressivement; l'expansion vésiculaire et la sonorité se rétablissent dans toute la hauteur du poumon gauche, et D... sort de l'hôpital le 12 novembre.

VIIe OBSERVATION. — *Épanchement pleurétique droit; thoracentèse. Guérison.*

Desmoustiers, chasseur à pied, constitution moyenne, entre à l'hôpital le 22 octobre 1851, atteint d'épanchement pleurétique du côté droit, dont il reporte le début à six jours.

A la visite du 23, il présente les phénomènes suivants : dyspnée, peu de chaleur à la peau, face pâle, peu de fièvre; matité dans

toute la partie postérieure droite de la poitrine, et en avant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du sein; égophonie dans ce point, absence totale de bruit respiratoire dans tout le reste du côté droit.

Cet état persiste jusqu'au 28, malgré les efforts tentés pour favoriser la résorption de l'épanchement. La thoracentèse pratiquée, l'écoulement de 2,500 grammes de sérosité limpide, citrine, soulage immédiatement le malade. La respiration est plus forte, le murmure respiratoire devient, à partir de ce moment, plus distinct, excepté à la base, où persiste de la matité due à la formation d'une petite collection de sérosité que fait disparaître l'usage, continué pendant quelques jours, de préparations diurétiques. Les forces reviennent dès lors rapidement, et le 15 novembre, jour où j'ai perdu de vue le malade, il n'attendait pour sortir de l'hôpital que le congé de convalescence demandé pour lui.

On trouve dans l'opuscule de M. Boudin (*Études sur la thoracentèse*) une observation curieuse de paracentèse de la poitrine, pratiquée en 1808, par M. Mireau, chirurgien militaire, dans un cas d'hydrothorax aigu, lié à une pleuro-pneumonie. Cette observation, qu'il reproduit avec tous ses détails, étant fort longue, je ne ferai qu'en donner un résumé succinct, quoiqu'elle soit remarquable sous plus d'un rapport.

VIIIe Observation. — Simonet (Claude-François), âgé de trente-cinq ans, d'une constitution athlétique, fut atteint au printemps de 1808 d'une fluxion de poitrine, affection qu'il avait déjà eue l'année précédente, et avait cédé aux antiphlogistiques et aux moyens généralement usités en pareil cas. A cette seconde atteinte, le même traitement, mis en usage avec énergie (quatre saignées), n'avait amené aucun résultat notable, lorsqu'un épanchement pleurétique survint tout à coup, et devint si considérable en quelques jours, qu'il détermina l'œdème de la face et du membre supérieur. La tho-

racentèse fut pratiquée et donna issue à une si grande quantité de liquide, que l'opérateur, craignant une syncope, en arrêta l'écoulement. La canule du trois-quarts, laissée à demeure dans la plaie, permit de le renouveler le soir, puis le lendemain à deux reprises différentes. Le liquide qui s'écoula ainsi en quatre fois, et dont la quantité peut être estimée à *vingt livres,* était limpide et de couleur orangée. La respiration, très-anxieuse auparavant, redevint libre, et le pouls, qui était petit avant l'opération, se releva. Une canule flexible en argent fut substituée à la canule du trois-quarts, qui causait, selon l'auteur, une toux opiniâtre par l'irritation qu'elle déterminait dans la cavité pleurale; l'écoulement du liquide était peu considérable, mais continuel. L'irritation persistant, le malade fut plongé dans un grand bain, et l'eau, entrant et sortant alternativement à chaque mouvement respiratoire, *caressait* les parois de la cavité des plèvres et entraînait les débris de fausses membranes qui pouvaient s'y trouver attachées. Au bout de quinze jours de ce traitement, la toux cessa, les forces revinrent; le malade, qui était portefaix et grand ivrogne, reprit son genre de vie habituel. Une canule de gomme élastique remplaça la canule d'argent et ne fut définitivement enlevée que trois mois après. La plaie, qui avait paru devoir être fistuleuse, finit par se fermer.

Remarquons, en passant, la communication permanente de la cavité pleurale avec l'air atmosphérique, communication qui a lieu sans qu'il en résulte d'accident. A cet égard, j'aurai l'occasion de revenir un peu plus loin sur cette observation.

Pour ne pas trop multiplier les citations, je ne ferai que signaler les deux faits suivants :

M. Laveran, pensant avec raison qu'un peu plus d'audace de la part des collègues qu'il avait consultés eût pu sauver, ou tout au moins prolonger la vie de son malade, n'hésita pas à pratiquer la thoracentèse dans deux cas analogues, et deux fois le succès couronna sa hardiesse.

Avant lui, M. le professeur Trousseau avait été conduit à agir de même; convaincu que, dans trois cas d'épanchements pleurétiques simples et mortels, il eût pu sauver ses malades par la ponction, et que, du reste, mieux valait courir les chances d'une médication hasardeuse que d'abandonner le malade à une mort certaine, il n'hésita pas à la pratiquer dans les cas semblables qui se présentèrent à lui, et la première fois qu'il l'employa il obtint un succès bien propre à l'encourager dans la voie où il était entré, et à démontrer tout ce que l'on est en droit d'attendre de la thoracentèse employée à propos.

Voici son observation :

IXe Observation. — « Je fus appelé, le vendredi 8 septembre 1843, auprès de Mlle M..., âgée de seize ans, et fille d'un de nos littérateurs les plus recommandables. J'étais depuis dix ans le médecin de la famille, et c'est à peine si j'avais été consulté une fois pour cette jeune personne, dont la santé était bonne, à cela près d'une grande irritabilité nerveuse. Le dimanche 3 septembre 1843, elle éprouva de l'inappétence et de la fièvre; le 5, elle se mit au lit, et je ne la vis plus que le 8. Beaucoup de pâleur, un peu de dyspnée, pas de toux ni d'expectoration, fièvre vive, soif: pas d'accidents gastriques. En explorant la poitrine, je constatai un épanchement énorme dans la plèvre gauche, remontant jusqu'à la clavicule; partout la matité était complète, nulle part on n'entendait de bruit respiratoire, de souffle ou d'égophonie. Le cœur, déjeté à droite, occupait la ligne médiane. — Saignée du bras; colomel, boissons peu abondantes.

« Le 11, neuvième jour de la maladie, les accidents se sont beaucoup aggravés : peau froide, face pâle, tendance aux lipothymies, orthopnée, gémissements continuels. La jeune malade est tout à fait assise sur son lit, soutenue par des oreillers. — Large vésicatoire en arrière.

« J'étais décidé à pratiquer la paracentèse, et comme l'indication

était pressante, je ne voulus pas de consultation, craignant, d'une part, que l'appareil d'une réunion médicale n'épouvantât la malade; d'autre part, que la lutte d'opinions qui ne manquerait pas de s'élever ne donnât à la famille une indécision fatale.

« J'arrivai donc, le mardi matin 12, à la fin du neuvième jour de la maladie, pourvu des instruments nécessaires, et parfaitement déterminé à ce que mon devoir me commanderait, sans apparat, et comme s'il s'agissait de la chose du monde la plus simple.

« Je trouvai la jeune malade dans un état voisin de la mort, et je me reprochai de n'avoir pas fait, dès la veille au soir, ce que je ne pouvais différer maintenant.

« Je procédai à l'opération.....

« Je retirai 800 grammes environ de sérosité : celle-ci était de belle couleur d'ambre, et d'ailleurs parfaitement transparente. Le lendemain, elle avait conservé sa transparence; mais on y apercevait une espèce de tissu lamelleux et mollasse, formé évidemment par de la fibrine qui s'était condensée par le refroidissement. Il m'eût été facile de retirer une plus grande quantité de liquide; mais je ne le voulus pas, satisfait d'avoir ôté ce qui, par excès, rendait l'épanchement mortel, et d'avoir ainsi réduit la maladie à l'état de pleurésie simple, qui dès lors pouvait et devait guérir par les moyens ordinaires.

« L'opération terminée, la jeune malade sembla revenir à la vie; elle respirait aisément, n'avait plus d'anxiété, et le pouls avait repris un peu d'ampleur; les organes avaient repris leur place, et le murmure respiratoire avait reparu; il existait un peu de bruit tympanique, dû à l'introduction de quelques bulles d'air. Pendant la nuit qui suivit, il y eut six heures de sommeil.

« Le lendemain matin, il y avait beaucoup d'agitation nerveuse; mais la respiration était facile, la malade parlait avec volubilité, et faisait d'assez longues phrases sans reprendre haleine; le visage était calme, la peau chaude, le pouls à 112.

« Deux jours après la ponction, elle eut, dans la nuit, onze heures

de sommeil; l'épanchement avait très-notablement diminué; le cœur revenait à gauche, et disparaissait déjà sous la ligne médiane.

«Sous l'influence de vésicatoires volants sur la poitrine, de boissons diurétiques et de digitale, l'amélioration fit de rapides progrès, et, le 28 septembre, seize jours après la paracentèse, le pouls était à 80, l'appétit était prononcé; les règles étaient revenues, quoique moins abondamment que dans l'état normal.

«A partir de ce moment, tous les symptômes disparaissent, la respiration reprend ses fonctions, et la malade entre dans une convalescence qui ne s'est jamai démentie.»

Depuis ce premier succès, et jusqu'au mois de mars 1850, époque à laquelle il communiqua ses observations à la Société médicale des hôpitaux, M. Trousseau pratiqua onze fois la thoracentèse dans des épanchements aigus, et onze fois il obtint le même résultat.

Enfin je mentionnerai seulement, pour terminer, les guérisons obtenues par MM. Andral, Monneret, Pidoux, Tardieu, Beau, Barth, Legroux, Hardy, Marotte, Sandras, Nonat, etc., dont les observations ont été insérées dans toutes les publications médicales périodiques et dans plusieurs thèses, parmi lesquelles je citerai celles de MM. Lacaze-Duthiers et P. Lambert.

III.

Quoique la thoracentèse ait repris depuis quelques années une place honorable dans la thérapeutique des épanchements pleuraux, d'où un oubli déplorable et immérité l'avait fait disparaître, il ne sera pas hors de propos de jeter un rapide coup d'œil sur les objections qui lui ont été faites; objections spécieuses pour la plupart, mais qui n'en ont pas moins suffi sans doute, dans bien des cas,

pour arrêter la main du médecin devant un malade périssant asphyxié par la présence d'un épanchement considérable.

Ces objections sont de deux sortes : les unes sont basées sur des craintes plus ou moins bien fondées, plutôt que sur l'observation impartiale des faits ; les autres, au contraire, n'invoquent à l'appui que les faits, et opposent aux succès obtenus par la ponction les cas dans lesquels elle n'a donné aucun bon résultat. C'est à l'examen de ces diverses objections et à l'appréciation de leur valeur que je consacrerai cette partie de mon travail.

§ I. — Il est à peine besoin de parler de la *douleur* et de l'*hémorrhagie :* la première est à peu près nulle, et je ne crois pas que la seconde ait jamais été observée.

L'*inflammation consécutive de la plèvre* ne suit jamais la ponction du thorax dans le cas d'épanchement pleurétique. Paul Barbette avait formulé cette opinion dès 1680, et depuis lors aucun fait n'est venu l'infirmer. Et pourquoi en serait-il autrement pour la plèvre que pour le péritoine ? Les tissus de même nature étant sujets, d'après Bichat, aux mêmes affections, pourquoi, provoqués par les mêmes causes, ne seraient-ils pas à l'abri des mêmes accidents ? Or, ne voit-on pas tous les jours ponctionner l'abdomen dans le cas d'ascite, sans qu'il en résulte de péritonite ? Jerôme Golu allait plus loin, car il disait en 1624 : « Ergo in thoracis quàm in abdominis « hydrope paracentesis tutior. »

Quoiqu'il soit reconnu aujourd'hui que les *blessures du poumon* sont moins graves qu'on ne le pensait autrefois, cette objection n'en aurait pas moins une grande valeur, si les moyens de diagnostic que nous fournissent la percussion et l'auscultation, qui, en nous faisant reconnaître la présence d'une collection de liquide entre le poumon et les parois thoraciques, nous permettent aussi d'en préciser les limites avec une exactitude presque mathématique, si ces moyens, dis-je, ne rendaient pas aujourd'hui cet accident pour ainsi dire impossible.

Il n'est pas rare de voir survenir quelques quintes de toux pendant l'écoulement du liquide; loin d'en être effrayé, on doit considérer ce phénomène (dans de certaines limites cependant) comme un bon signe, car il indique presque toujours le déplissement du poumon, sous l'influence du rétablissement de la respiration. Dans un cas de thoracentèse pratiquée par M. Legroux, à l'hôpital Beaujon, la toux fut incessante pendant toute la durée de l'opération, et augmenta encore pendant la journée. Malgré cet accident, le soulagement fut immédiat, et la guérison parfaite au bout de trois semaines.

On a aussi objecté la possibilité de l'*établissement d'une fistule* aux parois thoraciques : cet accident n'est guère à craindre que dans le cas d'épanchement purulent, où M. Trousseau a eu lieu de l'observer quelquefois, surtout chez les enfants; mais, dans le cas d'épanchement séreux, qui est le plus ordinaire dans la période aiguë, la petite plaie qui résulte de la ponction se cicatrise avec la plus grande facilité. Or, comme il est impossible (à moins de circonstances exceptionnelles, comme dans le cas de fistule pleuro-bronchique, par exemple) de déterminer pendant la vie la qualité du liquide épanché, et que l'épanchement purulent n'est pas susceptible de résolution, on ne doit pas, je crois, être arrêté par la crainte de voir cet accident résulter de l'opération, car, si l'épanchement est séreux, il n'aura pas lieu selon toute probabilité ; s'il est purulent, l'opération est de toute nécessité.

Enfin, les raisons principales d'après lesquelles beaucoup d'auteurs sont d'accord pour rejeter l'opération ou ne la conseiller que dans les cas extrêmes sont la *reproduction presque certaine de l'épanchement*, parce que l'opération, selon eux, ne change rien aux conditions morbides qui lui ont donné lieu, et le danger de l'*introduction de l'air dans les plèvres*.

Dans les pleurésies aiguës simples, la reproduction de l'épanchement après la ponction n'a presque jamais lieu, et cela se comprend, car il est rare que l'épanchement fasse encore des progrès

au bout de sept ou huit jours. Mais quand bien même on aurait à la redouter, n'est-ce donc rien que d'avoir soustrait la masse liquide qui remplissait déjà la cavité pleurale, et d'avoir ainsi fait place au nouveau produit de sécrétion qui, sans cela, aurait nécessairement augmenté les accidents de compression ou reflué dans les parties environnantes, et produit les plus funestes effets? Attribuera-t-on cette nouvelle collection séreuse à une récidive de la pleurésie, provoquée par la ponction de la plèvre? Cela n'est pas possible, car on n'observe pas la fièvre qui alors l'accompagnerait sans aucun doute, et nous avons vu, en outre, que cette inflammation consécutive n'avait jamais lieu; que si cependant cette reproduction de l'épanchement survenait, et que sa quantité fût considérable, on pourrait avoir de nouveau recours à la thoracentèse, l'innocuité de l'opération autorisant cette manière d'agir. M. Legroux l'a pratiquée trois fois sur une femme atteinte d'hydrothorax symptomatique d'une affection tuberculeuse, et il obtint à chaque fois un soulagement immédiat tellement marqué, que la malade avait été la première à provoquer l'opération. M. Bricheteau (*Traité des maladies chroniques du poumon*) cite un Anglais qui guérit après avoir subi dix-sept fois la thoracentèse.

Quant au danger si redouté autrefois de l'*introduction de l'air dans les plèvres*, je pourrais me borner à dire que cette objection n'a plus sa raison d'être aujourd'hui que, grâce au procédé de M. Reybard, on peut facilement en préserver le malade. J'ajouterai cependant que l'air eût-il alors le double effet qu'on lui attribue de s'opposer à l'expansion du poumon, et de favoriser la décomposition purulente de la sérosité épanchée, des faits nombreux prouvent cependant que ces dangers ont été bien exagérés. L'observation 8 en est un exemple remarquable. MM. Gendrin et Marotte ont cité plusieurs cas dans lesquels l'introduction de l'air n'a eu que peu d'inconvénients; chez un malade de M. Sandras, la canule fut laissée vingt-quatre heures dans la plaie, et quatre jours après, il fallut donner issue à l'air par une nouvelle ponction : le malade n'en gué-

rit pas moins bien. Quoi qu'il en soit, puisque l'on possède des moyens de le prévenir, cet accident sera toujours évité.

§ II. — J'arrive aux faits dans lesquels la thoracentèse n'a eu d'autre résultat heureux que de soulager momentanément le malade et de retarder plus ou moins la terminaison fatale de la maladie. Eh bien, je crois pouvoir le dire tout d'abord, quel que soit leur nombre, aucun de ces cas n'est de nature à faire juger défavorablement l'opération, et à en faire rejeter l'emploi. Il suffit de considérer les circonstances dans lesquelles elle fut pratiquée pour être convaincu qu'on ne pouvait lui demander autre chose que ce qu'elle a donné.

Voici d'abord un résumé succint des observations de M. Faure, que j'emprunte à la thèse de M. P. Lambert :

« Le premier malade était un soldat du 47e de ligne, qui présenta un épanchement pleurétique pendant la convalescence d'une variole confluente. On fit la paracentèse ; elle donna issue à 3 litres un quart de sérosité roussâtre. Le malade fut soulagé ; il succomba quinze jours après.

« Le second était un soldat du même régiment, qui fut pris, pendant le cours d'une scarlatine, d'une pleurésie avec épanchement ; la ponction fournit trois quarts de litre de pus clair. Le malade meurt quatre jours après l'opération.

« Le troisième opéré était soldat au 4e léger ; depuis cinq ou six mois, il était maladif, et paraissait se tuberculiser. Un épanchement survenu à droite nécessita la paracentèse ; 12 onces de pus bien lié, fétide, furent retirées. Plus tard, il survint un épanchement dans la cavité pleurale du côté opposé et dans le péricarde ; le malade mourut.

« Le quatrième était un militaire du 2e régiment du génie, convalescent de dysenterie. Un épanchement qui se développa lentement nécessita la paracentèse ; 4 litres de sérosité rougeâtre sont évacuées : soulagement ; l'épanchement se reproduisit. Jusqu'à sa mort,

on fut obligé de recourir encore sept fois à la ponction ; il succomba épuisé par la suppuration, et un dévoiement que rien ne put modérer.

« Le dernier malade était un fusilier au 26e de ligne. A la suite de la dysenterie, il est pris d'anasarque générale; un épanchement ne tarde pas à apparaître dans la cavité gauche de la poitrine. M. Faure opère, retire 2 litres et demi d'un liquide rouge clair; le malade fut aussitôt soulagé, et *désenfla de la tête aux pieds*. Quelques jours après, l'infiltration séreuse s'accrut de nouveau, et le malade ne tarda pas à succomber. »

Ces observations n'ont pas besoin de commentaires. Il est évident que la thoracentèse, qui peut beaucoup contre un épanchement, était impuissante contre les virus variolique et scarlatineux, contre la diathèse tuberculeuse, et qu'elle offrait peu de chances de succès pratiquée sur des individus déjà affaiblis par la dysenterie.

M. Trousseau, qui a réussi toutes les fois qu'il a pratiqué la thoracentèse pour des épanchements pleurétiques dégagés de toute complication, a échoué dans presque tous les cas où il y avait, en outre de l'épanchement, un état pathologique grave dû à une affection indépendante de celui-ci. Parmi ces faits, j'écarterai les cas d'épanchements chroniques qui sortent de mon sujet, et je citerai seulement les suivants, qui sont consignés dans la thèse de M. Lacaze-Duthiers.

Le titre de la première observation en dit assez par lui-même sans qu'il soit nécessaire de l'analyser : « Péritonite, abcès du ligament large, épanchement purulent, pénétration de l'air, mort. » Il s'agit d'une jeune femme nouvellement accouchée après un travail laborieux.

Dans le second cas, il s'agit d'un épanchement considérable du côté gauche, lié à une anasarque et une albuminurie scarlatineuses, chez un enfant. Il était expirant quand la thoracentèse fut pratiquée : elle donna issue à 1 litre de pus. Amélioration, établissement d'une fistule; trois jours après, diarrhée, affaiblissement, mort. La

thoracentèse ne peut être, en aucune façon, compromise par ce résultat.

L'observation suivante mérite de nous arrêter plus longtemps; elle a pour sujet un vieillard, goutteux à un degré avancé, qui était affecté depuis deux mois de pleurésie gauche, avec un épanchement si considérable que, depuis plusieurs jours, il donnait lieu à des accès de suffocation qui faisaient craindre une mort prochaine. La thoracentèse fut pratiquée, et donna issue à 2,500 grammes de sérosité citrine et limpide. Pendant l'opération, il survint une douleur vive dans le côté, due peut-être à ce que le poumon déplissé venait, à chaque secousse de toux, heurter l'extrémité de la canule. Cette douleur continua pendant la journée du lendemain, et était comparable, dit le malade, à celle qu'il ressentait quand la goutte remontait vers les parois de la poitrine. Le même jour, après un accès de colère, le malade se leva deux fois pour aller à la garde-robe, et, après d'inutiles efforts, il venait de regagner son lit quand il expira.

Une syncope peut seule, je crois, expliquer cette mort subite; mais à quoi attribuera-t-on cet accident? Malgré l'opinion contraire de plusieurs médecins, je partage celle de M. Trousseau, qui ne pense pas qu'on puisse l'attribuer au liquide enlevé. Si, en effet, cette syncope eût été la conséquence de la soustraction brusque de l'épanchement, elle n'eût pas tant tardé à avoir lieu, surtout dans ce cas où, immédiatement après l'opération, on voit le poumon se développer, et le bruit respiratoire se faire entendre dans tout le côté gauche.

Enfin M. Trousseau a aussi échoué dans un cas d'épanchement symptomatique de dégénérescence cancéreuse de la plèvre, et M. Lemaistre a communiqué à la *Gazette des hôpitaux* (1850) un fait analogue qui appartient à M. Andral. Dans ces deux cas, l'opération devait évidemment être et a été sans influence sur la terminaison de la maladie. J'en dirai autant des faits suivants qui appartiennent,

le premier à M. Bricheteau, le second à M. Tardieu, dans lesquels des complications survenues ont causé la mort.

X..., trente-huit ans, épanchement pleurétique droit datant de trois mois. La gravité des symptômes engage M. Bricheteau, d'accord avec M. Trousseau, à pratiquer la thoracentèse : elle donne issue à 2 litres et demi de sérosité limpide, citrine, sans fausses membranes, ni sang, ni pus. Déplissement instantané du poumon constaté par l'auscultation ; aucun accident, soulagement immédiat. Une pneumonie se déclare du côté opposé ; réapparition de l'épanchement, mort.

F..., cinquante et un ans, ancien militaire; constitution détériorée; douleurs vagues dans la poitrine, et oppression depuis quatre mois. Depuis quinze jours, faiblesse générale qui le détermine à entrer à l'hôpital. On constate un épanchement considérable à gauche, avec des râles bronchiques à droite; une grande faiblesse des jambes et une rétention d'urine qui font craindre une paraplégie. La thoracentèse est pratiquée et fournit 3 litres d'un liquide rouge, qui donne un caillot assez résistant. Après l'opération, la respiration s'entend dans toute la poitrine; bruits du cœur plus distincts; amélioration pendant trois jours, mais persistance de la rétention d'urine, avec un peu de catarrhe vésical. Une pneumonie survient du côté droit; saignée, tartre stibié; amélioration. Malheureusement la paraplégie augmente; incontinence d'urine, escharre au sacrum. Mort dans le marasme. (P. Lambert, *Thèse.*)

Le fait suivant a été publié par M. Monneret dans *l'Union médicale* (année 1850) :

« Femme nouvellement accouchée, nourrissant son enfant. Pleurésie aiguë avec épanchement, violents symptômes inflammatoires, combattus en vain par 2 saignées et l'application de 60 sangsues; asphyxie imminente. La thoracentèse donne issue à un pus blanchâtre, comme phlegmoneux. Amélioration, mais persistance des

symptômes inflammatoires, qui enlèvent la malade le onzième jour, après une expectoration abondante de crachats hémoptoïques pendant les deux derniers jours. »

Dans ce cas, la thoracentèse n'a été que palliative, mais l'état puerpéral et la persistance des phénomènes inflammatoires ont eu, sans nul doute, l'influence la plus défavorable sur la terminaison funeste de la maladie. La seule conséquence que l'on soit en droit de tirer de ce fait, c'est que l'opération présente d'autant moins de chances de succès, que les complications sont plus graves, et que les symptômes inflammatoires et réactionnels sont plus prononcés au moment où elle est pratiquée. Je trouve une autre preuve de ce que j'avance dans ce passage d'une observation de M. Bégin :

« Le malade était en proie aux accidents d'une pleurésie suraiguë ; il allait périr suffoqué quand la ponction lui fut faite. Une sérosité, tellement sanguinolente qu'elle fut prise d'abord pour du sang pur, sortit par la canule du trois-quarts ; 2 litres et demi de cette matière furent évacués ; le malade éprouva un grand soulagement, mais les symptômes de l'inflammation ne furent ni arrêtés ni modifiés, et ils entraînèrent la mort par leur persistance. »

Arguer de cet insuccès pour condamner l'emploi de la thoracentèse dans la période aiguë de la pleurite, comme le fait M. Bégin, c'est aller trop loin ; un fait isolé ne suffit pas pour décider une question. Parce que la ponction a échoué une fois, ou plutôt n'a pas réussi à sauver le malade, est-ce une raison pour qu'il en soit toujours ainsi ? Existe-t-il un seul médicament, une seule opération dont le résultat soit infaillible ? Si l'habile chirurgien que je viens de citer n'a pas eu le bonheur de conserver la vie à son malade, il ne faut pas pour cela perdre de vue que MM. Monneret, Laveran, et tant d'autres praticiens, n'ont eu qu'à se louer d'avoir eu recours au même moyen, dans les mêmes circonstances.

Il resterait peut-être, aux adversaires de la thoracentèse, une

dernière objection à faire valoir, c'est que, dans le cas où la guérison a suivi la ponction, le malade aurait guéri sans elle, sous l'influence de tout autre moyen de traitement. Il faut l'avouer, avec de tels arguments il n'y aurait plus de thérapeutique possible, car il n'y a pas une seule affection dans laquelle le scepticisme ne puisse en dire autant des moyens mis en œuvre pour la combattre. Dans quel *criterium*, en effet, trouverions-nous cette certitude, que ce n'est pas la nature seule qui a agi, et que les moyens mis en usage ont eu quelque influence sur la terminaison d'une maladie?

Mais admettons pour un instant, dans le cas qui nous occupe, que l'opération ait été sans influence sur le résultat final, sur la guérison. Il suffit de remarquer le soulagement immédiat qui suit la ponction, la guérison rapide qui en est la conséquence, et de comparer le résultat ainsi obtenu aux longues souffrances qu'endure le plus souvent un pauvre malade, couvert d'exutoires et saturé de préparations pharmaceutiques de toute espèce, avant d'être complétement débarrassé de la masse liquide dont la présence au milieu des organes essentiels à la vie en gêne les fonctions les plus importantes, pour reconnaître les avantages incontestables de la thoracentèse.

IV.

La thoracentèse, comme la plupart des découvertes utiles, a eu ses adversaires et ses partisans. Le nombre des premiers diminue chaque jour, mais il ne faut pas lui nuire en s'en exagérant l'importance. Pour préciser, autant que possible, son utilité pratique, j'examinerai successivement dans ce chapitre : 1° les indications, 2° l'opportunité de l'opération ; après quoi, je dirai, pour finir, quelques mots seulement du procédé opératoire.

§ I. *Indications de la thoracentèse.* — Avant ces dernières années, excepté dans quelques cas où les médecins eurent la main

forcée par un péril imminent, la thoracentèse n'était guère tentée que comme dernière ressource et dans les épanchements chroniques, lorsque, toutes les autres médications ayant échoué, cette opération était la seule chance de salut du malade. Même alors, malgré les circonstances défavorables dont elle était entourée, elle a rendu de grands services, soit en procurant des guérisons inespérées, soit en soulageant momentanément le malade et en prolongeant ses jours. Quelle que soit son importance dans ces cas, je n'ai pas à m'en occuper ici; je ne dirai rien non plus des épanchements dus à une altération organique des plèvres, tubercules ou cancer, et il ne sera question dans ce chapitre que des épanchements pleurétiques aigus essentiels.

On peut admettre parmi ceux-ci les deux formes suivantes :

1° L'hydrothorax simple, paraissant complétement dégagé de toute manifestation inflammatoire (pleurésie latente, hyperdiacrisie pleurétique, hydropleurie).

2° L'épanchement inflammatoire, symptomatique d'une phlegmasie de la plèvre (hydropleurite).

M. Pidoux, qui a insisté sur cette division à propos de la question qui nous occupe, y base les indications de la thoracentèse; il trouve son application la plus expresse dans le premier cas, et la rejette comme complétement inutile dans le second. Cette opinion a le tort d'être trop exclusive. Tout en reconnaissant, avec M. Pidoux, que c'est dans l'hydrothorax simple que la thoracentèse est le plus formellement indiquée, je n'en crois pas moins qu'elle est aussi d'une incontestable utilité dans les épanchements liés à une pleurésie aiguë. Dans les cas dont j'ai été témoin à l'hôpital du Roule et dont j'ai rapporté les observations, le succès n'a pas été moins complet dans les cas d'épanchement inflammatoire (obs. 3, 5 et 6) que dans ceux d'hydrothorax simple (obs. 4 et 7). Les résultats de presque tous les praticiens sont d'accord sur ce point avec ceux de M. Boudin. Du reste, si les faits ne venaient pas en grand nombre à l'appui de ce que j'avance, le raisonnement le prouve-

rait assez : quand, en effet, les symptômes inflammatoires ont été enrayés, et que l'on n'a plus à combattre que l'épanchement, qui succède à la pleurite de la même manière que l'hydrocèle succède assez souvent à l'orchite, n'est-on pas en droit d'attendre de la ponction, dans ce cas, ce qu'elle donne dans le cas d'hydrothorax simple ? Évidemment oui. C'est donc à tort que l'on voudrait établir sur cette classification des règles absolues, et bannir la thoracentèse du traitement des épanchements inflammatoires ; je l'ai dit et je le répète, des faits sont là qui prouvent dans ces cas sa valeur thérapeutique; seulement il y a alors (et c'est pourquoi j'ai parlé de cette division) certaines conditions d'opportunité dont il faut tenir compte et dont il sera question dans le paragraphe suivant.

En conséquence, je crois être autorisé à conclure, en m'appuyant sur les faits consignés dans ce travail (faits qu'il m'aurait été facile de multiplier), que la thoracentèse est indiquée :

1° Dans l'hydrothorax aigu, accompagné de symptômes inflammatoire légers, ou dégagé de toute manifestation phlegmasique ;

2° Dans les épanchements qui restent stationnaires après la disparition des symptômes inflammatoires, et occasionnent des accidents de compression ;

3° Dans les épanchements inflammatoires aigus, quand l'asphyxie est imminente.

Quel est, dans ces trois cas, l'importance thérapeutique et le résultat de la thoracentèse ?

Dans l'hydrothorax simple, où l'épanchement constitue toute la maladie, la ponction constitue à peu près tout le traitement, et c'est à elle que revient tout l'honneur de la guérison.

Dans les épanchements inflammatoires, quand les phénomènes phlegmasiques ont disparu, elle ne fait que terminer ce que les antiphlogistiques ont commencé.

Quand un danger pressant, une asphyxie imminente, force d'y avoir recours avant que les symptômes inflammatoires aient été enrayés, elle ne fait que combattre l'un des symptômes, l'épanche-

ment, symptôme le plus grave, à la vérité, puisqu'il menace incessamment la vie; elle le combat le plus souvent avec succès, et, par la palliation dont elle est suivie, elle permet au traitement médical de poursuivre son action sur la lésion viscérale, cause première de tous les désordres.

§ II. *Opportunité de la thoracentèse.* — A quel moment la ponction de la paroi thoracique doit-elle être pratiquée? Il serait difficile, pour ne pas dire impossible, de poser *a priori* des règles fixes à cet égard, et pour répondre à cette question, j'examinerai successivement : 1° quels sont les avantages et les dangers de la temporisation; 2° quels sont les avantages et les dangers de l'opération pratiquée le plus tôt possible.

1° Dans le cas d'hydrothorax simple, il n'y a qu'un seul motif qui puisse justifier la temporisation; c'est l'espoir éventuel de voir les seuls efforts de l'organisme, aidés par une médication appropriée, suffire à la résorption de l'épanchement, et je serais le premier à m'en déclarer partisan, si un seul signe pouvait nous donner la *presque* certitude que la nature se chargera de ce travail. Malheureusement il n'en est rien, et nous la voyons tous les jours se rire des espérances que nous croyions les mieux fondées. Il n'y a donc alors aucun avantage à différer l'opération.

Quand l'épanchement est dû à l'inflammation de la plèvre, il n'en est plus ainsi, et, dans ce cas, non-seulement on peut retarder la ponction, mais même il y a indication de ne la pratiquer qu'après la disparition des phénomènes phlegmasiques, à moins cependant que l'imminence d'une suffocation ne force de parer au danger le plus pressant, en donnant issue au liquide par une opération *de nécessité.*

Les dangers de la temporisation sont bien plus nombreux que ses avantages. Je citerai d'abord la persistance des troubles apportés à la respiration et à l'hématose; le liquide épanché constitue dans la plèvre un corps étranger qui, par l'irritation constante qu'il y en-

tretient, la prédispose à une nouvelle exhalation de sérosité, d'où résulte une augmentation dans les symptômes de compression du poumon. Ce n'est pas tout; ce liquide contient une notable quantité de fibrine; celle-ci peut se convertir en pus, transformation assez fréquente, surtout chez les enfants; or, l'épanchement purulent étant placé en dehors des voies de l'absorption, il faudra bien, tôt ou tard, avoir recours à la ponction, et personne n'ignore qu'elle est loin de fournir un résultat aussi satisfaisant quand le liquide épanché est du pus, que lorsque l'on a affaire à une collection séreuse.

On doit craindre encore l'épaississement de la couche pseudo-membraneuse qui se dépose sur le poumon et les parois pectorales; ces fausses membranes finissent par s'organiser, forment autour du poumon une coque inextensible, et en supposant que la partie séreuse de l'épanchement soit résorbée, elles rendent le déplissement de poumon sinon impossible, du moins arraché au prix des plus grandes difficultés et des plus vives souffrances. J'en puis citer un exemple frappant, que j'emprunte à la *Gazette des hôpitaux* (juin 1853).

M. Abeille, médecin à l'hôpital militaire du Roule, fit, le 22 mai dernier, l'autopsie d'un chasseur du 3e léger, mort, la veille, d'un hydropéricarde. Cet homme avait eu, dix-huit mois auparavant, une pleuropneumonie avec épanchement, pour laquelle il avait fait un séjour d'un mois à l'hôpital, et qui fut traitée par les moyens ordinaires. Depuis sa sortie, il n'avait repris ni son embonpoint, ni ses forces, quand il revint au Roule pour l'affection à laquelle il succomba. Voici ce que l'autopsie permit de découvrir, en outre des lésions péricardiques:

« La cavité pleurale est complétement oblitérée... Dans les deux tiers inférieurs, le péricarde n'est séparé des parois costales latéralement, en avant et en arrière, que par un amas de pseudomembranes denses, renfermant à leur centre une matière blanche caséi-

forme, ayant assez bien l'apparence de tubercules ramollis, et que nous jugeons être un amas de pus concret ou de globules purulents désagrégés; c'est le résidu de l'ancien épanchement pleural qui a existé de ce côté. L'amas de pus et de pseudomembranes a une épaisseur d'un travers de doigt à un travers de doigt et demi, ce qui peut être évalué avec justesse, après avoir détaché, l'une après l'autre, toutes les côtes.

« Le poumon, refoulé en haut, en arrière et latéralement, sur la colonne vertébrale, est couvert, en tous points, de pseudomembranes épaisses. Il adhère fortement au sommet, et présente à son centre un noyau tuberculeux considérable, en voie de ramollissement. Il a l'aspect carnifié quand on l'a débarrassé des pseudomembranes, mais il ne l'est point en réalité dans les deux tiers de son étendue. »

Ainsi voilà un homme qui sort, réputé guéri, de l'hôpital, et chez lequel cependant un poumon ne fonctionne plus. N'est-il pas de la dernière évidence que c'est à la présence des fausses membranes enveloppant le poumon et empêchant son libre développement, que doit être attribuée la cause qui s'opposa, pendant dix-huit mois, au complet rétablissement du malade? Cette cause est-elle étrangère à la production des tubercules, et n'y a-t-il pas tout lieu de croire que la thoracentèse, employée d'assez bonne heure, eût prévenu ces désordres en faisant cesser la compression exercée sur le poumon par le liquide épanché, et en permettant ainsi l'expansion de cet organe avant que l'épaississement des fausses membranes déposées à sa surface soit assez considérable pour la rendre impossible?

Au début de l'épanchement, en effet, c'est le liquide qui remplit la cavité pleurale qui empêche la dilatation pulmonaire; plus tard, ce sont les fausses membranes déposées sur le poumon ratatiné, qui ne lui permettent plus de reprendre son volume primitif. La ponction ne prévient pas, évidemment, la production de celles-ci, mais du moins elle a pour résultat immédiat de faire cesser la compression et de rendre au poumon son libre exercice, et l'on comprend

que cet effet sera d'autant plus complet, qu'elle aura été faite plus tôt. En voici encore une preuve :

M. Faure, malgré les préceptes qu'il avait mis en avant, attendit deux mois avant de pratiquer la thoracentèse chez un soldat, porteur d'un épanchement pleurétique abondant. Il retira de la cavité pleurale un litre et un tiers de sérosité claire ; le malade se rétablit et reprit son service. L'opération avait été faite devant l'un de nos premiers chirurgiens militaires, qui, huit mois plus tard, retrouva le même homme dans l'un des grands hôpitaux militaires de France. Il l'examina avec intérêt et avec soin, et constata les faits suivants : Le malade avait repris tout son embonpoint, mais le côté gauche de la poitrine s'était affaissé, il était mat à la percussion, et la respiration ne s'y faisait entendre distinctement nulle part. Quoique le bon état général et la forte constitution du sujet eussent permis de le conserver au service, il n'en est pas moins vrai que l'hématose s'opérait presque entièrement par l'action du poumon droit dont la surexcitation devait l'exposer incessamment à des accidents graves (*Mémoires de médecine et de chirurgie militaires*).

Il est, je crois, hors de doute que c'est encore à l'épaississement et à l'organisation de fausses membranes autour du poumon qu'est dû cet affaissement de la poitrine et l'absence absolue de tout exercice respiratoire dans le poumon gauche.

2° Les avantages qu'il y a à pratiquer la ponction le plus tôt possible, en tenant compte toutefois des circonstances que j'ai indiquées plus haut, ressortent évidemment des dangers que je viens de signaler ; il est inutile d'y insister. Quant aux inconvénients de la ponction, je m'en suis déjà occupé, et je me bornerai à ajouter qu'elle n'est pas plus dangereuse à une époque rapprochée du début de l'épanchement que si elle était pratiquée plus tard. Après l'opé-

ration, la poitrine se trouve exactement dans les mêmes conditions qu'auparavant, si ce n'est la soustraction du liquide épanché. La cavité thoracique est hermétiquement fermée, et ne présente aucun accès à l'air extérieur; il n'y a donc aucun obstacle à l'ampliation du poumon, et aucune cause externe de viciation du liquide qui pourrait être resté dans les plèvres. Le feuillet pariétal de celles-ci n'a pas subi d'autre lésion extérieure que la petite plaie faite par le trois-quarts, ponction sous-cutanée et parfaitement innocente.

Je pense donc pouvoir avancer que la thoracentèse doit être pratiquée de suite lorsque l'épanchement, quelle que soit sa nature et sa forme, détermine des accidents qui font craindre une suffocation prochaine; que, dans le cas où il n'y a pas danger imminent, il faut, tant qu'il existe des symptômes inflammatoires, avoir recours aux antiphlogistiques, et différer la ponction jusqu'à ce qu'ils aient disparu. Si alors l'épanchement n'a pas diminué, si, loin de diminuer il tend au contraire à augmenter, il faut opérer le plus tôt possible.

Il est évident que, lorsque les moyens employés pour seconder les forces résolutives de la nature paraîtront avoir une influence heureuse sur la résorption de l'épanchement, il faudra en continuer l'emploi, et réserver la ponction aux cas dans lesquels, la nature se montrant impuissante, il faut, non-seulement aider ses efforts, mais même la remplacer. C'est au tact et à la sagacité du praticien qu'il appartient de juger en dernier ressort et de décider lequel l'emporte des dangers de la temporisation ou des chances de l'opération; alors, qu'il consulte avec impartialité les faits ou qu'il écoute le raisonnement, il sera convaincu de ceci, que la thoracentèse réussit d'autant mieux qu'elle est pratiquée plus tôt, à une époque où les plèvres ne sont encore ni épaissies ni lardacées, et où le poumon, refoulé par le liquide, conserve toute sa vitalité, toute sa liberté d'expansion. Dans ce cas, le liquide étant évacué, le parenchyme pulmonaire est bientôt distendu par l'air atmosphérique qui pénètre dans ses vésicules, il remplit une grande partie du vide

qui s'est opéré, contracte quelquefois des adhérences avec la plèvre costale, et la guérison s'opère sans difficulté. Il est inutile de dire que ce travail de la nature est d'autant plus lent à se produire que les désordres sont plus considérables.

§ III. *Procédé opératoire.* — Il est d'une simplicité extrême, et je ne ferai qu'en dire deux mots.

Cette opération consiste à plonger un trois-quarts dans la cavité pleurale, à travers un espace intercostal. M. Trousseau fait l'opération en deux temps : 1° incision des téguments, 2° ponction de la plèvre. D'autres praticiens, et c'est ainsi que j'ai vu agir M. Boudin dans tous les cas que j'ai cités plus haut, négligent le premier temps, ce qui n'a aucun inconvénient et simplifie le manuel opératoire.

On emploie le trois-quarts à hydrocèle dont la canule a été garnie, autour de son pavillon, d'un long tube de baudruche mouillée. Cette membrane y fait l'office d'une soupape qui, pendant l'opération, s'oppose à l'introduction de l'air dans la cavité pleurale. Je dois dire ici, pour rendre à chacun ce qui lui appartient, que la baudruche employée par M. Trousseau, et le boyau de chat employé auparavant, dans le même but, par M. Reybart, ne sont que deux modifications, heureuses à la vérité, de la canule à soupape inventée par M. Récamier, en 1825, et que c'est à cet illustre praticien que revient tout l'honneur d'avoir imaginé le premier appareil destiné à prévenir ce danger, si redouté autrefois, de l'introduction de l'air dans les plèvres.

La peau qui recouvre le point par lequel doit pénétrer le trois-quarts ayant été tirée en haut, la ponction se fait en rasant le bord supérieur de la huitième côte, à l'union du tiers postérieur avec les deux tiers antérieurs. Il est inutile de dire que cette règle souffre de nombreuses exceptions. On favorise l'écoulement du liquide par la position que l'on donne au malade, et par la pression sur les parois abdominales ; puis, quand celui-ci est sorti en totalité, ou bien que la quantité extraite est jugée suffisante, on enlève la canule

avec précaution, et la peau, préalablement tirée en haut, s'abaisse et vient s'appliquer devant l'ouverture faite à la plèvre.

Pour tout pansement, on recouvre la plaie avec une plaque de diachylon que l'on maintient avec un bandage de corps médiocrement serré.

Les accidents qui peuvent compliquer l'opération sont la toux et la syncope. La toux est assez fréquente, mais elle n'a que peu ou pas d'inconvénients; je m'en suis déjà occupé. Quant à la syncope, elle est très-rare et survient sans doute par suite de la modification apportée dans les fonctions du cœur et du poumon, par la soustraction brusque du liquide épanché. Si elle se manifeste, on y remédie facilement en suspendant momentanément ou tout à fait l'écoulement du liquide; dans ce dernier cas, on pourrait évacuer complétement le thorax par des ponctions successives, l'innocuité de l'opération autorisant cette pratique.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Du vide pneumatique, et de ses effets sur les corps organiques et sur les animaux vivants.

Chimie. — Des caractères distinctifs des sels de bismuth.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base les fruits et les semences des cucurbitacées; décrire ces préparations et comparer les produits entre eux.

Histoire naturelle. — Caractères des plantes de la famille des conifères, et examen des matières utiles qu'elle fournit aux arts et à la médecine.

Anatomie. — Du mode général de distribution des divisions du grand sympathique dans l'abdomen.

Physiologie. — Dans quel lieu s'opère la fécondation?

Pathologie interne. — Des émissions sanguines en général, et spécialement de leurs effets dans le traitement des phlegmasies.

Pathologie externe. — Du diagnostic différentiel des tumeurs des mamelles.

Pathologie générale. — Des signes fournis par les matières expectorées dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Des monstruosités doubles.

Accouchements. — Des tumeurs du crâne chez les enfants nouveau-nés.

Thérapeutique. — Des principales préparations de mercure employées dans les temps anciens et de nos jours.

Médecine opératoire. — Des amputations des membres dans leur continuité.

Médecine légale. — En quel cas une blessure fournit-elle des indices sur le genre d'instrument avec lequel elle a été faite, la direction, la distance dans lesquelles il a agi, etc.? Examen des questions médico-légales diverses qui peuvent se présenter, sous ces divers rapports, dans les blessures par armes à feu.

Hygiène. — Des soins à donner aux asphyxiés et noyés.

Vu, bon à imprimer.

TROUSSEAU, Président.

Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de la Seine,

CAYX.

Paris, le 24 août 1853.